FABIAN MARCEL OLIVEIRA PAIXÃO

PACIENTES OBESOS QUE TENHAM RISCOS DE PADECER DE DOENÇAS CRÔNICAS COMO DIABETES MELLITUS TIPO 2 E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

BRAGANÇA- PA 2017

FABIAN MARCEL OLIVEIRA PAIXÃO

PACIENTES OBESOS QUE TENHAM RISCOS DE PADECER DE DOENÇAS CRÔNICAS COMO DIABETES MELLITUS TIPO 2 E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Bruno Brunelli

BRAGANÇA- PA 2017

RESUMO

INTRODUÇÃO: Na confecção do portfolio procuramos abordar temas que refletisse a realidade que trabalhamos. O tema escolhido para o projeto de intervenção foi: Pacientes obesos que tenham riscos de padecer de doenças crônicas como diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica. A obesidade é uma doença que vem crescendo assustadoramente nos últimos anos. Podemos dizer que quase sem controle, todos os mecanismos de combate não têm sido eficazes para minimizar esse problema de saúde pública que tanto custa para o estado, principalmente porque esse paciente tem um alto risco de vim a padecer de doenças crônicas não transmissíveis. O caso clinico escolhemos uma paciente obesa, dislipidêmica e com risco de vim a padecer de possíveis doenças crônicas como hipertensão e diabetes, logo trabalhamos fortemente encima da promoção e prevenção de saúde e como isso conseguimos melhorar a condição dessa paciente. No pré-natal conseguimos identificar erros que eram cometidos pela equipe que eram a falta de orientação, então trabalhamos encima da educação em saúde, focamos nas orientações de acordo com o trimestre da gravides além de realizar promoção e prevenção de saúde assim conseguimos evitar e diminuir as intercorrências medica que aconteciam com transcurso da gestação. Na visita domiciliar enfrentamos problemas com a logística, mas com todas as dificuldades conseguimos prestar um bom serviço, identificando as condições e o meio que o paciente vive e estabelecendo uma relação de confiança com o paciente.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Obesidade, Pré-natal, Promoção da Saúde, Visita domiciliar.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 4

2. ESTUDO DO CASO CLÍNICO 5

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO 9

4. VISITA DOMICILIAR 12

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA 14

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA 15

ANEXO - PROJETO DE INTERVENÇAO 16

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Fabian Marcel Oliveira Paixão, tenho 27 anos, natural do estado do Amapá, nasci no município de Oiapoque onde estudei o ensino fundamental e médio todo em escola pública. Logo um ano após terminar o ensino médio, em 2008, surgiu a oportunidade de estudar medicina em Cuba e assim, me graduei no ano de 2014. Retornei ao Brasil e fiquei aguardando o processo de revalidação de diplomas para médicos formados no exterior e abertura de vagas para o programa MAIS MÉDICOS. Em julho de 2015 fui selecionado para trabalhar no programa MAIS MÉDICOS e em novembro do mesmo ano fui aprovado no exame de revalidação de diplomas.

Fui alocado no município de Bragança no estado do Pará, onde iniciei meus trabalhos na ESF. A princípio trabalhei durante um ano em uma comunidade na zona rural de difícil acesso ficando duas horas de viagem da cidade e atualmente estou trabalhando na zona urbana na ESF de Samaumapará 2. No momento nosso posto de saúde está adaptado em um anexo de uma escola, que não está na zona de atuação da equipe. O território é muito grande tendo nele lixão, escolas, igrejas e uma parte de zona rural. A população cadastrada é de 6553 pessoas, entretanto esse número aumenta porque atendemos uma área que não tem cobertura de sua ESF de origem. O maior fluxo de atendimento da equipe é: hipertensão, diabetes, obesidade, infecção do trato urinário, vaginose, sacrolombalgia, saúde mental e infecções intestinais.

O tema escolhido para o projeto de intervenção foi: Pacientes obesos que tenham riscos de padecer de doenças crônicas como diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica. A obesidade é uma doença que vem crescendo assustadoramente nos últimos anos. Podemos dizer que quase sem controle, todos os mecanismos de combate não têm sido eficazes para minimizar esse problema de saúde pública que tanto custa para o estado, principalmente porque esse paciente tem um alto risco de vim a padecer de doenças crônicas não transmissíveis. A proposta desse tema é identificar esses pacientes, mostrar os possíveis danos e trabalhar a prevenção de saúde. Esse tema foi proposto pelo alto índice de obesidade na comunidade.

2. ESTUDO DO CASO CLÍNICO

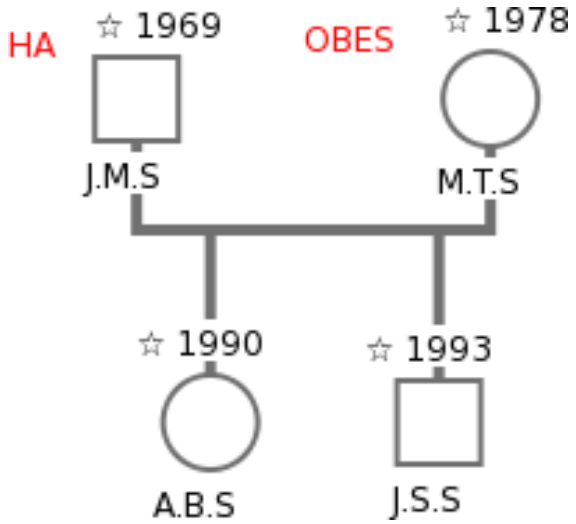
DADOS

- Nome: M.T.S
- Idade: 39 anos Naturalidade: maranhense
- Endereço: av. Conego Clementino, número 230, bairro Samaumapará, Bragança – Pará. Unidade de saúde: ESF Samaumapará 2
- Dados socioeconômicos: Escolaridade: nível médio Ocupação: dona de casa
- Condições da moradia: vive com seu esposo, uma filha e um filho, casa de tijolo não rebocado e piso de cimento, 2 quartos, 1 banheiro, cozinha e sala.
- Fontes de água: poço amazonas Rua: não pavimentada

Primeira consulta 14/03/2017: Paciente assistiu a consulta com a seguinte queixa, cansaço nas pernas, dor de coluna e ardor ao urinar “disúria”, por tal motivo decidiu fazer exames por sua própria conta ademais refere tomar pouca agua, dieta hipercalórica e não realiza atividade física.

Antecedentes patológicos pessoais: Obesidade. Antecedentes patológicos familiares: Pai: hipertenso, Mae: diabética e realiza hemodiálise. Antecedentes ginecológicos: Menarca: 14 anos. Ciclo menstrual: duração 05 dias, intervalo de 28 dias Primeira relação sexual: 15anos. Nega doenças transmissíveis G2 P2 A0. Hábitos: parou de fumar à 5 anos, bebida alcoólica em ocasiões.

Figura 1 - Genograma



EXAME FÍSICO

Cabeça e pescoço: Simétricos, sem deformidades aparentes, ausência de linfonodomegalia retroauricular e cervical, tireoide de consistência, mobilidade e tamanho preservados, orofaringe sem sinais inflamatórios. Tórax: Inspeção: Tórax típico, simétrico; respiração torácica, eupneica, amplitude normal, ausência de abaulamentos, retrações, cicatrizes e tiragem; Palpação: expansibilidade normal; frêmito tóraco-vocal sem alterações; Percussão: Sem alterações; Ausculta pulmonar: Murmúrio Vesicular (+), sem Ruídos Agregados; FR: 21bpm Ausculta cardiovascular: Ruídos cardíacos rítmicos, sem sopros cardíacos. PA: 130/85mmhg, FC: 89bpm.

ABDOME: Inspeção: Globuloso, cicatriz umbilical centralizada, ausência de circulação colateral. Ausculta: Ruídos Hidroaéreos normais; Percussão: Sem alterações Palpação: Não doloroso palpação profunda em região de epigástrio, com ausência de visceromegalias e/ou massas. Circunferência abdominal: 90 cm “> 80 cm risco de doença cardiovascular CAB 38 Q9”.

Extremidades: Simétricas, sem presença de edema, ausência de vasos dilatados. Temperatura: 36 C, Peso: 102 kg Altura: 1,70cm, IMC: 35 “obesidade I, cab n38 Q1”.

Resultado de exames positivo: Eas: Piocitos 60 Hemácias: + Bactérias: abundantes Células Epiteliais : raras Glicemia: 110mg/dl Triglicerídeos: 178mg/dl Colesterol total: 230mg/dl. Avalia-se resultados de exames laboratoriais e exame físico, se constata infecção do trato urinário, dislipidemia e obesidade.

Conduta

Orienta-se estilo de vida saudável, dieta rica em frutas e vegetais, se alimentar cada 3 horas, não comer gorduras, frituras, massas e reduzir o consumo de açúcar, tomar bastante liquido. (Guia elementar para população brasileira 2006, diretriz 1 e 7). Se indica a prática de atividades física no mínimo 4 dias na semana de 30 a 50 minutos de atividades sem chegar a exaustão (CAB 38, pg.131), com isso melhora o condicionamento osteomioarticular.. Prescrição: Nitrofurantoína 100mg. Tomar um comprimido cada 12 horas por cinco dias “PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE INFECÇÃO URINÁRIA, Cistite não complicada pg. 21”. IBUPROFENO 600mg Tomar um comprimido cada 12 horas, se sentir dor. Retorno em 15 dias.

Segunda consulta 29/03/17: Paciente encontra-se bem, com bom estado geral e necessidades fisiológicas normais, refere que as dores de coluna melhoraram com a medicação e o cansaço nas pernas diminuíram. A paciente refere que começou a fazer dieta e esta caminhando todos os dias, refere que vai mudar para academia para fazer atividade física junto com o seu esposo.

Exame físico

- PA:130/80mmhg
- FC: 83bpm
- FR:20bpm
- Temperatura: 36 C
- Peso: 101 kg
- Altura: 1,70cm
- IMC: 34
- Circunferência abdominal: 89 cm

Conduta

Se reforçar a importância da dieta e de fazer atividade física continuamente, se recomenda academia da saúde pela estrutura e pelos profissionais qualificados para o acompanhamento. Solicito exames laboratoriais:

- Glicemia
- Triglicerídeos
- Colesterol total
- Creatinina Ureia
- EAS

Retorno em 30 dias.

Terceira consulta 27/04/17: Paciente encontra-se bem, refere que esta fazendo academia e aula de dança com seu esposo, relata que desde que começou a fazer atividade física o cansaço nas pernas e as dores na coluna diminuíram consideravelmente.

Resultados de exames

- Glicemia: 95: mg/dl
- Triglicerídeos: 165 mg/dl
- Colesterol total: 205 mg/dl
- Creatinina: 0.7 mg/dl
- Ureia: 20 mg/dl EAS: sem alterações

Exame físico

- PA: 120/80mmhg FC: 82bpm
- FR: 20bpm Temperatura: 36 C
- Peso: 98 kg Altura: 1,70cm IMC: 33
- Circunferência abdominal: 89 cm

Constata-se melhora nos resultados de exames laboratoriais e no exame físico. Parabenizo a paciente pela disposição de mudar o seu estilo de vida e em um curto período já esta colhendo bons resultados, nesse momento a paciente chegou a se emocionar. Continuar com dieta e atividade física. Brasil (2014) explica que a redução de peso corporal, diminui os problemas de dores na coluna, no quadril, nos joelhos e nas pernas pela diminuição da sobre carga nessas regiões, assim melhora a prática de atividades físicas. Se agenda visita domiciliar junto com a equipe do NASF.

Quarta consulta 03/05/17: Realiza-se a visita domiciliar acompanhados de fisioterapeuta, nutricionista, educador físico e enfermeira. Assim aprofundamos mais as orientações e cuidados para toda a família. Com intuito de: Tornar o ambiente físico, social, cultural e econômico propício a um estilo de vida saudável. Ampliar os conhecimentos pessoais, de forma que os indivíduos tenham habilidades para

analisar criticamente os fatores determinantes do seu estilo de vida e identificar recursos necessários para a prevenção dos agravos de saúde e melhoria da qualidade de vida. Reforçar o sistema de apoio social de forma a fortalecer as capacidades individuais e coletivas para enfrentar dificuldades e tomar decisões. “Disponibilizar conhecimento técnico e estimular a participação social”[1]. Além disso, se explica o risco de doenças como hipertensão, diabetes mellitus e câncer.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

No começo da minha prática como médico, percebi uma grande deficiência no sistema sobre a atenção ao pré-natal, sobre tudo por que esse problema estava na base; não estavam sendo levadas em consideração as medidas de promoção de saúde que facilitassem às pessoas os meios e condições que visassem melhorar a sua saúde, a fim de que se pudesse exercer um maior controle sobre as doenças, com finalidade de atingir o bem-estar físico e mental dos pacientes. Diante disso, começamos a seguir o programa Rede Cegonha3[2] e com base neste, conseguimos nos atecipar às possiveis afetações e sempre trabalhando também em cima da educação e prevenção com o intuito de ensinar as mulheres sobre sua gravidez, controlar qualquer condição médica que as mulheres podem ter (tais como pressão arterial alta, diabetes na gravidez), bem como recomendar outros serviços, tais como grupos de apoio, (programa para mulheres, bebês e crianças) ou aulas de preparação para o parto.

Trabalhamos intensamente com o tema da alimentação na gravidez, uma vez que a maioria das mulheres que iniciamos o pré-natal está acima do peso e dislipidemicas, como também sabemos da importância de instruí-las já que cada gravidez traz muitas mudanças na mãe, tanto físicas quanto hormonais e metabólicas.

Para superar essas mudanças, orientamos essas mulheres a seguirem uma

---

[1] [1] Brasil.2014. pg.119

[2] World Cancer Research Fund, 2007

[2] [3] É uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php

nutrição adequada, que pudesse atender às suas necessidades e às exigências do desenvolvimento do feto consoante com as recomendações da OMS[3]. Uma das condições fundamentais para a manutenção de uma dieta equilibrada com uma adequada suplementação de proteínas, minerais e vitaminas é comer alimentos de proteína de alta qualidade, como carne, produtos lácteos e ovos. Estes devem ser complementados com os chamados alimentos energéticos, como grãos, pães e derivados fornecidos numa quantidade apropriada, além de suplementação com ácido fólico e sulfato ferroso. Nos casos em que a gestante está acima do peso, deve-se limitar o consumo de alimentos como doces e gorduras5. A identificação de potenciais riscos de uma gravidez é uma parte importante dos cuidados e os itens que seguem abaixo devem ser levados em consideração:

- A mãe é menor de 18 ou maior que 35 anos;
- Estar abaixo ou acima do peso normal;
- Anemia, um estado de desnutrição e baixo ganho de peso; Abortos anteriores;
- Parto prematuro anterior (nascimento antes de 37 semanas de gestação); Perda de uma muito recente gravidez anterior;
- A história familiar de doença genética;
- O uso de substâncias (cigarros, álcool, drogas);
- Condições médicas, incluindo a diabetes, a hipertensão arterial e doenças cardíacas pré-existente;
- A exposição a elevadas temperaturas e radiação;

Recomendações durante a gravidez:

- Informar do tempo de gravidez e data de vencimento, a fim de estar preparada para esse momento.
- Informar que seu movimento fetal será reconhecido por você em torno do quinto mês e que a sua frequência e intensidade são um sinal de saúde fetal.

[4] Organização Mundial de Saúde.

- Ser capaz de reconhecer o início do trabalho, com a finalidade de evitar internações desnecessárias.
- Em caso de febre, diarreia, vómitos e dor abdominal, dentre outros, deve-se ir imediatamente para o centro médico.

Além de realizar todas essas medidas que são de suma importância, também reivindicamos do poder público condições e materiais para trabalho como local adequado, balança, fita métrica, sonar e promoção de capacitações para os profissionais para que cada a dia possamos melhorar o nosso serviço, prestando à população um serviço de excepcional qualidade.

4. VISITA DOMICILIAR

Na ESF Samaumapará 2, não era realizada visita domiciliar com frequência por problemas com transporte. Atualmente foi regularizado, pois vamos no carro da enfermeira para a visita domiciliar que é feita semanalmente pela equipe e são agendadas a cada mês. A equipe é composta pelo médico, enfermeira, agente comunitário e em outras ocasiões nos acompanha a equipe do NASF com fisioterapeuta, fonoaudiologia, assistente social e pediatra.

Esse atendimento geralmente acontece na quinta-feira à tarde, mas existem determinadas exceções; tratamos de atingir todas as necessidades, doenças crônicas e agudas, vigilância epidemiológica, puericultura, pré-natal, risco social, acamados entre outros. A maior demanda que temos para esses atendimentos são as doenças crônicas, mais frequentes hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo2.
Conforme Kawamoto (1995), é possível compreender o grande valor e a importância que há na visita domiciliar e seus objetivos, embora haja adversidades fazemos um enorme esforço para que esse serviço seja prestado, pois:

> "A visita domiciliar, visa prestar uma assistência educativa e assistencial no âmbito do domicílio. É através dela que fazemos um levantamento e avaliação das condições sócio- econômicas em que vive o indivíduo e seus familiares, elaborando assim uma assistência específica a cada caso" (KAWAMOTO 1995, p. 35).

Com essa realidade e de acordo com esse conceito norteador de Kawamoto, traçamos objetivos para melhor assistir esses pacientes:

- Conhecer o domicílio e suas características ambientais, socioeconômicas e culturais.
- Identificar fatores de risco individuais e familiares. Prestar assistência ao paciente no seu próprio domicílio, especialmente em caso de acamados.
- Auxiliar no controle e prevenção de doenças transmissíveis, agravos e doenças não transmissíveis, estimulando a adesão ao tratamento, medicamentoso ou não.
- Promover ações de promoção à saúde, incentivando a mudança de estilo de vida.

- Propiciar ao indivíduo e à família, a participação ativa no processo saúde-doença.
- Adequar o atendimento às necessidades e expectativas do indivíduo e de seus familiares.
- Intervir precocemente na evolução para complicações e internações hospitalares.
- Estimular a independência e a autonomia do indivíduo e de sua família, incentivando práticas para o autocuidado[6].

Ainda temos dificuldades, com material básico como termômetro, glucometro, esfigmomanômetro, fita antropométrica e os que temos estão em péssimo estado. Temos pacientes que precisam de Inter consultas, para especialidades de angiologia, cardiologia, ortopedia e nefrologia e a regulação municipal não dispõe essas consultas que são na capital do estado a 220 km de distância, com isso nossos pacientes sofrem com a distância e com o tempo para marcar as consultas.

O foco principal da nossa visita domiciliar é a promoção e a prevenção de saúde mas sempre quando se faz necessário ajustamos medicamentos, solicitamos exames e encaminhamos para consulta com especialidade. Com isso estamos conseguindo uma grande aderência aos nossos cuidados e consequentemente logrando melhorar nossa atenção básica.

[6] Brasil. Ministério da Saúde. 2001

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Vi no curso de especialização em saúde da família e comunidade uma grande oportunidade para aprimorar e adquirir novos conhecimentos, ficando claro que importância dos temas sobre a atenção básica é primordial para qualquer profissional da saúde. Aproximadamente 80% das afetações de saúde de uma população é resolutiva ou acompanhada na atenção básica.

Confesso que tive enorme dificuldade em me habituar ao sistema e metodologia do curso, não por ser ruim, mas sim por ser diferente do que estava acostumado a fazer, os cursos e trabalhos acadêmicos que fiz sempre foram presenciais e seguindo uma disciplina principalmente de presença no curso. Foi bastante valida essa nova experiência acadêmica porque é mais uma forma de adquirir conhecimento usando essa metodologia como o ensino semipresencial e com todo esse suporte via internet, esse sistema requer do aluno comprometimento e disciplina igual ou maior do que quando de estuda em um sistema convencional.

O curso foi dividido em 2 etapas. A primeira que foi o eixo I que versa sobre a introdução ao sistema de funcionamento da atenção básica e construção de um trabalho de intervenção. A segunda etapa, eixo II, com ênfase nos casos clínicos e o trabalho de conclusão de curso. No eixo I, vimos temas da saúde coletiva como: Organização da atenção á saúde, Instrumento para organização em APS e Gestão de cuidado em APS. Temas de fundamental importância para quem vai trabalhar na atenção básica, para saber planejar, gerir e organizar a equipe de saúde.

Eixo II, casos clínicos de nossa realidade, que ajudaram a corrigir em algumas imperfeições e a melhorar nossa conduta terapêutica. No término desses estudos percebemos a importância do constante aprimoramento nos diversos temas, melhoramos consideravelmente com a reorganização do serviço tornando eficiente e resolutivo e com isso aumentamos a disposição de trabalho dos funcionários e a satisfação dos pacientes pelo serviço prestado. Foi de enriquecimento pessoal e profissional imensuráveis pela vasta experiência adquirida com as diversas situações e temas abordados na confecção desse trabalho.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Asociación Española de Urología. Cistitis no complicada em La mujer. Guía de Práctica Clínica. Octubre, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de atenção básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5. Brasília – DF. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de atenção básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica e obesidade. Brasília: Ministério da saúde. 2014. (Caderno de atenção básica, nº 38).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira, promovendo a alimentação saudável, 1.ª ed. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília – DF. Ministério da Saúde. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático do programa saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (2 Partes)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de ações pragmáticas. Área Técnica de saúde da mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico / Ministério da Saúde 1ª ed. rev. - Brasília: editora do Ministério da saúde. 2013. (Caderno de atenção básica, nº 32).

KAWAMOTO, E. E. (org); SANTOS, M. C. H. Enfermagem comunitária. São Paulo: Editora Paulista Universitária (EPU), 1995.

MAFRA. Adriana de Azevedo. *et al*. Protocolos de atenção à saúde infecção urinária. Secretaria Municipal de Belo Horizonte. Belo Horizonte. Disponível em: http:///C:/Users/USER/Downloads/protocolo_infeccao_urinaria_CP.pdf. Acesso em 12/05/2017.

Ministério da Saúde. Rede Cegonha. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php. Acessado em 16/05/2017.

World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer research. Food, nutrition, physical activity, and prevention of cancer: A global perspective. Washington DC. AIRC, 2007.

ANEXO - PROJETO DE INTERVENÇAO

PROJETO DE INTERVENÇÃO

FABIAN MARCEL OLIVEIRA PAIXÃO

ANALISAR OS PACIENTES OBESOS QUE TENHAM RISCOS DE VIM PADECER DE DOENÇAS CRÔNICAS COMO DIABETES MELLITUS TIPO2 E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.

BRAGANÇA- PA 2016

1. INTRODUÇÃO

A estratégia de saúde da família Samaumapará sofre com uma alta prevalência de pacientes obesos. Propõe se com tema do projeto de intervenção analisar os pacientes obesos que tenham riscos de vim padecer de doenças crônicas como diabetes mellitus tipo2 e hipertensão arterial sistêmica. Vamos trabalhar com esses pacientes nas consultas individuais e nas atividades em grupos. Nas consultas vamos enfocar no recolhimento de dados como índice de massa corporal, circunferência abdominal, pressão arterial e glicemia. Nas atividades em grupo vamos identificar o estilo de vida dos pacientes e realizar promoção e prevenção de saúde.

2. OBJETIVOS

- Fazer a coleta de dados adequadamente.
- Mostrar ao paciente a importância de manter a pressão arterial, o IMC, a circunferência abdominal e a glicemia dentro dos parâmetros normais.
- Explicar sobre as possíveis complicações da obesidade, diabetes e hipertensão.
- Introduzir na vida desses pacientes um estilo de vida saudável.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A obesidade é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal que pode atingir graus capazes de afetar a saúde. O Índice de Massa Corporal (IMC) é uma razão simples entre o peso e a altura que é frequentemente usada para classificar a obesidade em adultos. É definida como o peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros (kg/m2) e fornece, segundo a OMS, a medida de obesidade mais útil a nível populacional. A classificação da OMS de acordo com o IMC, obesidade é definida por um IMC≥30, mas inclui subdivisões, reconhecendo o facto de que a abordagem e as opções terapêuticas devem ser diferentes quando o IMC é superior a 35.

A classificação é baseada na associação entre IMC e mortalidade. Os anos de vida perdidos relacionam-se com o grau de obesidade (The Heart, 2006): - dos 20 aos 30 anos de idade perdem-se 5 anos de vida se o IMC for de 30-35 - dos 20 aos 30 anos de idade perdem-se 7 anos de vida se o IMC for de 35-40 Existe ainda uma boa relação entre as classes referidas de obesidade e o risco de comorbilidades: Classificação da obesidade no adulto em função do IMC e risco de Co-morbilidades (Programa Nacional de Combate à Obesidade – 2005)

Assim, esta medição pode ser usada para estimar a prevalência da obesidade numa população, bem como os riscos a ela associados. No entanto, e embora exista uma boa correlação entre este índice e a massa gorda corporal, o IMC não entra em conta com a variação da distribuição corporal da gordura e pode não corresponder ao mesmo grau de obesidade ou riscos associados em diferentes indivíduos e populações. Para além disso, em certos casos, nomeadamente nos atletas, nos indivíduos com edemas e com ascite, o IMC não é uma determinação fiável da obesidade pois não permite distinguir a causa do excesso de peso. Então, embora na maioria dos casos se possa assumir que indivíduos com IMC ≥30 têm excesso de massa gorda no seu corpo, a OMS aconselha que os valores de IMC sejam interpretados com cautela. Uma vez que o IMC permite, duma forma rápida e simples, dizer se um indivíduo adulto tem baixo peso, peso normal ou excesso de peso, foi adoptado internacionalmente para classificar a obesidade (OMS, 2000).

Perímetro cintura As consequências para a saúde associadas à obesidade dependem não só da quantidade de gordura em excesso, mas também da sua

distribuição corporal, que pode variar consideravelmente entre indivíduos obesos. A circunferência abdominal de ≥88 cm na mulher e de ≥102 cm no homem sugerem risco de complicações metabólicas (Programa Nacional de Combate à Obesidade – 2005). Estão disponíveis métodos adicionais para a caracterização mais detalhada do estado de obesidade. No entanto, o custo destas técnicas e as dificuldades práticas envolvidas na sua realização limitam a sua aplicação. A obesidade abdominal tem importância particular, uma vez que está associada a maiores riscos para a saúde do que a obesidade de distribuição mais periférica, sendo a primeira um predito independente de DM2, doença coronária, HTA, cancro de mama e morte prematura (Eckel, 2008).

A obesidade está associada a um risco aumentado de mobilidade e mortalidade, assim como a redução da esperança média de vida (Calle et al, 1999; Flegal et al, 2006; Poirier et al, 2006). Existe uma relação quase linear entre IMC e morte: os indivíduos com obesidade mórbida têm a mortalidade aumentada em até 12 vezes (Harrison's, 2008). Quanto maior a duração da obesidade, maior o risco de morte.

3. CRONOGRAMA

As atividades foram realizadas no período de 01 de abril de 2016 à 01 de agosto de 2016. O planejamento do projeto e a coleta de informações de dados em documentos, começaram no mês de abril, posteriormente nos meses de maio, junho e julho foram realizadas as consultas individuais para coleta de dados específicos como a coleta do índice de massa corporal, pressão arterial, circunferência abdominal e glicemia e as atividades em grupos, explicando a importância da prevenção e promoção de saúde para não padecer dessas enfermidades e suas sequelas e por ultimo no mês de agosto foi coletado, avaliado, organizado e construído o projeto de intervenção.

4. RECURSOS UTILIZADOS

Espaço físico para realizar as consultas e atividades em grupo, caneta, papel, quadro, cartolina, pinces, glucometro, fita métrica, balança, esfignomanometro, computador, prontuários e profissionais como medico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde.

5. RESULTADO ESPERADO

- Diminuição da quantidade de pacientes obesos.
- Aumento da participação dos pacientes nas atividades da estratégia de saúde da família.
- Diminuição da incidência de doenças crônicas relacionadas com a obesidade.
- Melhoria do estilo de vida dos pacientes.
- Ciência dos riscos provenientes dessas doenças.
- Aperfeiçoamento do acompanhamento desses pacientes.

REFERENCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de ações pragmáticas.Brasília: editora do Ministério da saúde. 2013. (Caderno de atenção básica, nº 35,36,37 e 38).

SINTES. Roberto Alvares. Medicina General Integral. Salud y medicina 2.ed. pról. Cosme Ordóñez Carceller.—La Habana: Editorial Ciências Médicas, 2008

ANEXOS

TABELA 1

TABELA 2